

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N° 69

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

CHRISTIAN LE MEUNIER

Né le 23 Janvier 1903, à Hambers (Mayenne)

LES TROUBLES GASTRO-INTESTINAUX

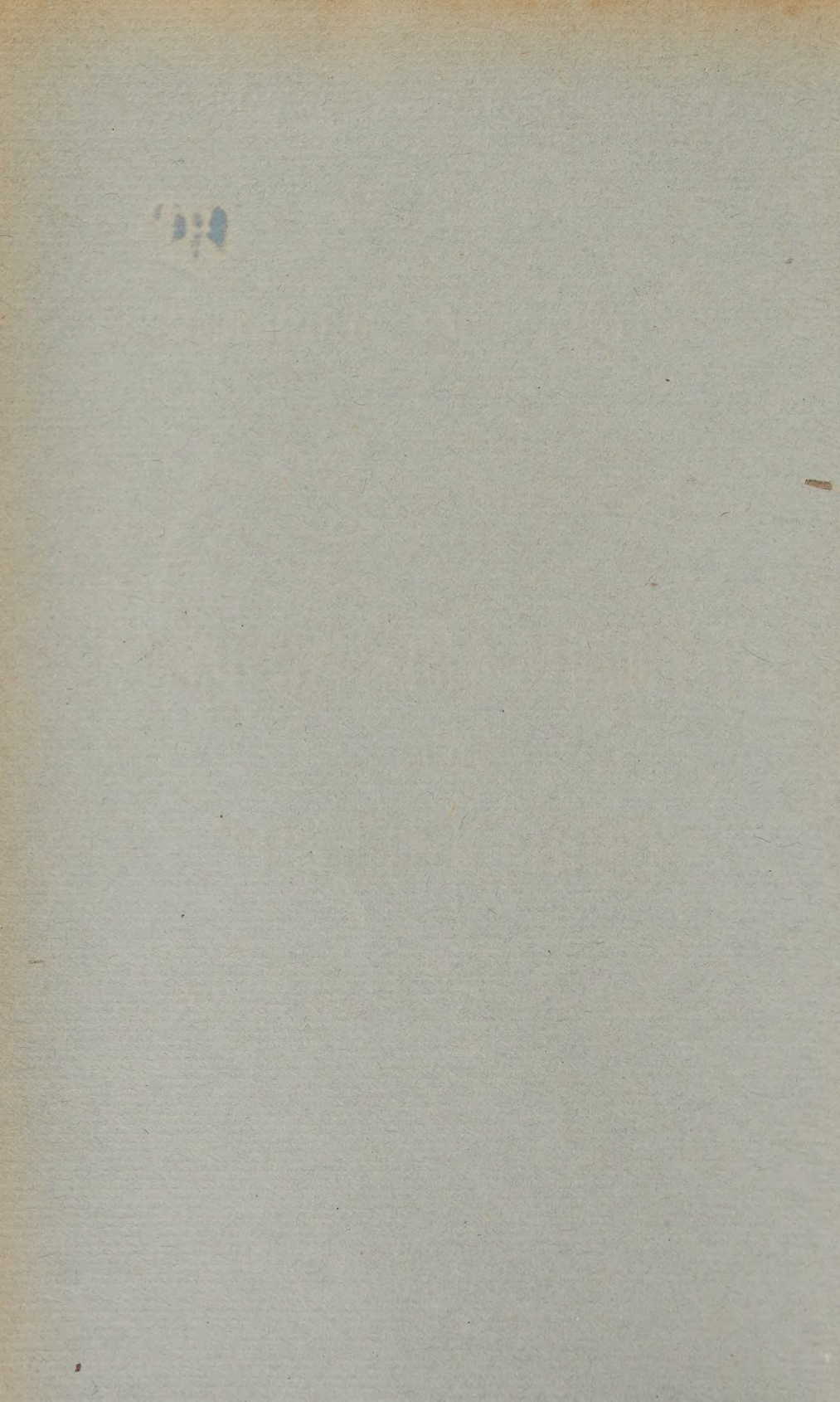
dans les

ACUTITES ABDOMINALES

Président de Thèse : M. le Professeur CARNOT

PARIS
Librairie Médicale et Scientifique
Vve Jules HOUSSET
1, rue Casimir-Delavigne

1929



FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

CHRISTIAN LE MEUNIER

Né le 23 Janvier 1903, à Hambers (Mayenne)

LES TROUBLES GASTRO-INTESTINAUX

dans les

HERNIES ABDOMINALES

Président de Thèse : M. le Professeur CARNOT

PARIS
Librairie Médicale et Scientifique
Vve Jules HOUSSET
1, rue Casimir-Delavigne

1929

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Le Doyen M. ROGER

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBE
Pathologie médicale	LECENE.
Pathologie chirurgicale	ROUSSY.
Anatomie pathologique	PRENANT.
Histologie	TIFFENEAU.
Pharmacologie et matière médicale	LOEPEL
Thérapeutique	Léon BERNARD.
Hygiène	BALTHAZARD.
Médecine légale	MENETRIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..	RATHERY.
Pathologie expérimentale et comparée	CARNOT.
	BEZANÇON.
Clinique médicale	ACHARD.
	MARFAN.
Hygiène et clinique de la première enfance.	NOBECOURT.
Clinique des maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des mala-	H. CLAUDE.
dies de l'encéphale	JEANSELME.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GUILLAIN.
Clinique des maladies du système nerveux.	TEISSIER.
Clinique des maladies infectieuses	DEL BET.
	HARTMANN.
Clinique chirurgicale	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologie	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	BRANCA



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie médicale	AUBERTIN.
Pathologie chirurgicale	BASSET.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Physiologie	BINET.
Chimie biologique	BLANCHETIERE.
Pathologie chirurgicale	BROCO.
Histologie	BRANCA.
Pathologie chirurgicale	CADENAT.
Pathologie médicale	CHABROL.
Histologie	CHAMPY.
Pathologie médicale	CHIRAY.
Pathologie médicale	CLERC.
Hygiène	DEBRE.
Anatomie pathologique	I. de JONG.
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale	DONZELOT.
Médecine légale	DUVOIR.
Obstétrique	ECALLE.
Pathologie médicale	FIESSINGER.
Pathologie expérimentale	GARNIER.
Pathologie chirurgicale	GATELLIER.
Pathologie médicale	HARVIER.
Urologie	HEITZ-BOYER.
Anatomie	HOVELACQUE.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Parasitologie	JOYEUX.
Chimie biologique	LABBE (Henri).
Pathologie chirurgicale	LARDENNOIS.
Oto-rhino-laryngologie	LEMAITRE.
Obstétrique	LEVY-SOLAL.
Pathologie mentale	LHERMITTE.
Pathologie médicale	LIAN.
Pathologie chirurgicale	MATHIEU.
Obstétrique	METZGER.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Pathologie chirurgicale	MOURE.
Histologie	MULON.
Bactériologie	PHILIBERT.
Pathologie chirurgicale	QUENU.
Physiologie	RICHET Fils.
Dermatologie et syphiligraphie	SEZARY.
Pathologie médicale	VALLERY-RADOT.
	(Pasteur)
Obstétrique	VAUDESCAL.
Ophthalmologie	VELTER.
Histologie	VERNE.

III. — AGREGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Pathologie médicale	GOUGEROT.
Obstétrique	GUENIOT.
Obstétrique	DEMELIN.
Obstétrique	LEQUEUX.
Histologie	RETTERRER.
Pathologie médicale	TANON.
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

MM.

Clinique chirurgicale	AUVRAY.
Clinique chirurgicale	ALGRAVE.
Clinique chirurgicale	CHEVASSU.
Clinique médicale	LAIGNEL LAVASTINE.
Clinique obstétricale	LE LORIER.
Clinique médicale infantile	LEREBoullet.
Clinique médicale	LERI.
Clinique chirurgicale	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale	PROUST.
Clinique chirurgicale	SCHWARTZ.
Clinique médicale	VILLARET.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du tra- vail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE, agrégé.
Stomatologie	FREY.
Education physique	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique	LEDoux-LEBART.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES GRANDS-PARENTS

A MA MÈRE, A MON PÈRE

Humble lémoignage de ma profonde reconnaissance.

A MA SŒUR, A MON FRÈRE

En souvenir de notre tendre affection.

A MES AMIS

Madame FEIT

les Docteurs MANTEAU et GELY

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur CARNOT

Professeur de Clinique Médicale

à la Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Médecin de l'Hôtel-Dieu

Officier de la Légion d'Honneur

*qui nous a fait l'honneur d'accepter la
présidence de cette thèse, en témoi-
gnage de notre respectueuse admiration.*

A MON PREMIER MAITRE
le Docteur HOMMEY
Médecin de l'Hôtel-Dieu à Sées
Conseiller général
Officier de la Légion d'Honneur

*Avec mes respectueux hommages et ma
sincère gratitude.*

A MES MAITRES
dans les hôpitaux de Paris

Les Troubles Gastro-Intestinaux

dans les Aortites Abdominales

GÉNÉRALITÉS ET HISTORIQUE

L'aortite sous-diaphragmatique est une localisation inflammatoire fréquente, réalisant cliniquement un syndrome spécial, source fréquente d'erreurs de diagnostic et de pronostic.

L'aortite abdominale revêt dans le cours de son évolution une symptomatologie d'emprunt, surtout digestive.

Aigüe ou chronique, elle est souvent latente comme le prouve la fréquence des aortes abdominales dilatées avec plaques athéromateuses constatées aux autopsies de sujets morts d'infection intercurrente.

Elle n'est le plus souvent que la localisation parcellaire d'une artério-sclérose plus ou moins généralisée et est à rapprocher à ce titre des angines de poitrine faites « en dehors du cœur » de Potain.

Les troubles gastriques et gastro-intestinaux chez les aortiques ont été signalés pour la première fois par Corvisart en 1811, dans son essai sur les maladies et les lésions organiques du cœur ; mais cet auteur n'avait pas dissocié l'aortite thoracique de l'aortite abdominale.

C'est Potain dans sa leçon de 1899 qui individualisa cette affection, en établit la symptomatologie essentielle et signala le premier les rapports existants entre cette maladie et certains troubles gastro-intestinaux.

Son étude fut reprise par Tessier à la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon au Congrès Médical de Toulouse en 1902 et dans la Semaine Médicale.

Puis, la notion des crises vasculaires et des coups d'hypertension de Pal, permit à Mathieu et Roux et à Loeper de rattacher ces troubles à de véritables crises viscérales.

Enfin, Castaigne et Gouraud en précisèrent l'étude clinique.

ÉTUDE CLINIQUE

Le début peut être brusque et rapide dans les aortites aiguës, mais il est généralement insidieux et lent, plus ou moins longtemps latent dans les aortites chroniques.

Le caractère dominant la période d'état est le *polymorphisme* de l'infection. Les signes fonctionnels variables et contingents égarent facilement le diagnostic.

En dehors de la sensation de battements abdominaux violents, et perçus spontanément, les phénomènes douloureux passent au premier plan : la crise douloureuse est en effet le signe révélateur essentiel. Elle revêt le plus souvent une allure paroxystique, se déroulant sur un fond de tension ou provoquée par un écart de régime ou un refroidissement.

Son siège est généralement épigastrique, mais elle irradie fréquemment le long des artères iliaques, entraînant des douleurs parétiques et paresthésiques des membres inférieurs (Tessier).

Elle peut enfin se présenter sous l'aspect d'une rachialgie lombaire ou de douleurs interscapulaires.

Cette crise aiguë s'accompagne parfois d'angoisses, de pâleur, de tendance syncopales avec pouls petit et sudation profuse et froide.

Une telle crise dure de quelques minutes à plusieurs jours.

TROUBLES GASTRO-INTESTINAUX

Ces troubles variables avec les malades, gastriques et intestinaux sont généralement mixtes, associés ou alternés.

LES TROUBLES GASTRIQUES PRÉSENTENT DES MODALITÉS DIVERSES

Ils sont surtout nets lorsque les lésions prédominent au niveau des artères coeliaques et présentent tous les degrés depuis la « nausée douloureuse » jusqu'au vomissement complet.

Potain a signalé les petits troubles gastriques : « leur appétit est médiocre, leur digestion pénible, « les souffrances débutent une heure et demie à deux « heures après les repas, s'accompagnent quelquefois « de vomissements alimentaires ».

Certains malades présentent des crise d'hypersecretion avec hyperchlorhydrie, résultant d'un réflexe sécrétoire.

Les vomissements sont rarement alimentaires. Le plus souvent liquides, muqueux et acides ; revêtant parfois le type de vomissements à sec ; ils surviennent avec ou sans effort, mais soulagent peu les douleurs et sont sans rapport avec les périodes digestives.

Ils peuvent être remplacés par des éructations gazeuses abondantes, associées à un état nauséux permanent ou à un état vertigineux.

Enfin, ils peuvent se compliquer de spasmes cardio-œsophagiens.

Mais trois types méritent d'être individualisés :

1° Le type gastrique atténué de Gutmann et Routier ;

2° La forme aérophagique ;

3° La claudication gastrique intermittente.

1° *Les formes d'aortite abdominale atténuées*, à douleurs répétées, journalières, sont plus fréquentes qu'on ne pense et elles se présentent avec une allure qui rappelle de très près la symptomatologie courante des affections gastriques.

C'est aux consultations du tube digestif en effet que s'adressent les malades porteurs de ces formes mineures.

Tout incline en effet à mettre en cause l'estomac.

Ces malades se plaignent de douleurs épigastriques, rythmées par les repas. L'appétit est normal, les aliments sont pris avec plaisir ; puis surviennent les sensations pénibles, avec *deux paroxysmes* :

L'un post-prandial et léger ;

L'autre plus fort, trois ou quatre heures après.

La douleur précoce est surtout une pesanteur avec sensation de plénitude, de tension, elle s'atténue assez rapidement.

Trois heures environ plus tard, naît la douleur tardive, plus pénible.

Elle est largement épigastrique, sans que le malade puisse la localiser nettement.

Elle est décrite avec ces comparaisons habituelles.

C'est une « *crampe* » constrictive, sans que jamais aucun des malades n'ait présenté le tableau classique de la grande crise qui plie en deux, ou d'angoisse qui arrête soudain toute activité.

Ces troubles semblent parfois atténués, changés ou augmentés, jamais supprimés par une injection quelconque : aliments

alcalins

ou acides.

Les douleurs n'évoluent pas par périodes de quelques jours de crises séparées par des intervalles plus ou moins longs.

Le plus souvent elles sont quotidiennes ; chaque jour, après chaque repas, la scène se répète.

Entre les paroxysmes, parfois, les malades accusent une sensation persistante, vaguement désagréable, qui, chez quelques-uns les incitait à rechercher continuellement, par la pression, la persistance de leur fond douloureux.

Fait assez spécial, les douleurs peuvent être, en dehors des heures de digestion réveillées par des « efforts » ou des fatigues.

Tels sont les symptômes gastriques signalés. Les hématomés et les vomissements sont rares dans cette forme. Mais assez souvent s'ajoutent des phénomènes intestinaux sans individualité clinique marquée, constipation, débâcles diarrhéiques, selles glai-reuses, petites coliques, etc...

Forme aéro-phagique. L'aéro-phagie est un symptôme banal et l'aortite abdominale doit être mise au rang des causes capables de la provoquer.

Elle est liée à l'irritation aortique ou péri-aortique, et devient un épiphénomène qui en augmente les douleurs et en dramatise le tableau.

Alterne souvent avec crises accentuées.

Le ventre est ballonné, les malades ne sont soulagés que par une salve d'éructations.

3° *Claudication gastrique intermittente*. Se présente au début sous l'aspect de crises brusques de tension épigastrique douloureuse et nauséuse; puis de vomissements tardifs à la période d'état.

Vomissements alimentaires ou simplement muqueux, acides, hyperchlorhydriques.

LES TROUBLES INTESTINAUX SONT ÉGALEMENT
TRÈS POLYMORPHES

Ils représentent l'équivalent inférieur de la crise d'estomac (Lœper).

1° *Forme douloureuse*

La douleur consiste le symptôme unique de la crise entéralgique; elle reste le symptôme fondamental dans les cas où s'associent à elle d'autres troubles fonctionnels:

constipation,
diarrhée,
météorisme,

qui ont permis à Lœper, après Potain et Tessier d'individualiser plusieurs syndromes intestinaux.

Crise entéralgique simple (Lœper)

Survient à l'occasion d'un effort, d'une émotion, à la suite d'un repas copieux, ou sans cause occasionnelle. La douleur est brusque, d'une acuité extrême; habituellement limitée, elle siège à la région péri-ombilicale, à l'hypogastre, dans l'une des fosses iliaques.

C'est une sensation de crampe, de brûlure, de déchirure profonde ou de torsion qui cède brusquement au bout de quelques minutes, d'une demi-heure, rarement plus.

Le soulagement qui suit la disparition de la douleur n'est que temporaire, car l'une des caractéristiques de la crise entéralgique est de se répéter trois, cinq, six fois dans la même journée, presque toujours avec la même localisation que la crise initiale. Par leur répétition, ces crises retentissent rapidement sur l'état général. Les malades maigrissent, perdent l'appétit; ils vivent dans l'attente inquiète de nouvelles douleurs qu'ils savent inévitables.

2° *Formes associées*

La douleur reste rarement le symptôme unique de la crise entéralgique; il est habituel de la voir se compliquer de troubles de l'évacuation intestinale.

a) *La constipation* relève d'un spasme intestinal surajouté; rebelle aux traitements usuels, elle persiste dans l'intervalle des crises douloureuses, réalisant, lorsqu'elle s'associe à du météorisme, des borborygmes, quelques débâcles diarrhéiques, un syndrome d'occlusion intestinale chronique. Seule l'absence de péristaltisme s'inscrit en faux contre l'hypothèse d'un obstacle gênant l'évacuation intestinale; encore la sensation subjective de torsions douloureuses a-t-elle parfois amené le malade sur la table d'opération.

b) Le diagnostic est plus difficile lorsque l'arrêt des matières et des gaz est absolu. Cette crise « co

prostatique » rend possible la confusion avec une occlusion intestinale aiguë ou chronique.

c) Le « *météorisme* » abdominal accompagne souvent la constipation ; il est fréquent en dehors des crises douloureuses, presque constant lors de celles-ci où il s'exagère au point d'entraîner une gêne respiratoire intense.

Habituellement il reste localisé, déformant l'abdomen en un point qui correspond au cœcum ou au côlon transverse, sans que jamais on mette en évidence d'ondes péristaltiques. La région météorisée présente à l'écran une clarté anormale.

d) Les crises entéralgiques se compliquent en général d'une « *diarrhée* » qui persiste parfois dans leur intervalle et présente le caractère de résister aux traitements habituels. Par son intensité, par sa répétition, la *crise diarrhéique* constitue même le symptôme dominant.

Véritable flux aqueux, plus rarement glaireux ou muco-sanguinolent, les crises se répètent dix fois, vingt fois, dans les 24 heures, accompagnées d'épreintes, de ténésme.

Elles persistent pendant des semaines, pendant quatre mois dans un cas de Lœper, plusieurs années dans un cas de Gallavardin.

Les caractères de la diarrhée ont fait penser à un *syndrome dysentérique*, voire même *cholériforme* du fait de la prostration et de l'abattement profonds, des crampes irradiées de l'abdomen aux mollets, de l'anurie provoquée par la saignée *séreuse* diarrhéique.

Dans quelques cas les évacuations prennent le type

de l'entécolite muco-membraneuse accompagnant les crises douloureuses, alternant avec des périodes de constipation. Le plus souvent ces phénomènes relèvent d'une irritation du plexus mésentérique, secondaire à l'aortite; mais d'après Tessier (de Lyon) les lésions de l'aorte abdominale pourraient survenir à titre de complication au cours d'une entéro-colite primitive et seraient dues à une irritation des filets nerveux mésentériques qui réagirait sur la nutrition de la paroi artérielle. Enfin l'auto-intoxication qui accompagne l'entérite muco-membraneuse favoriserait l'apparition de l'aortite chronique.

La présence du « *sang* » dans les selles s'observe parfois dans les crises diarrhériques intenses, dans d'autres cas une hémorragie intestinale constitue à elle seule le phénomène révélateur d'une aortite latente.

Forme paroxystique de l'aortite abdominale

A côté de ces formes d'aortite atténuée, il existe une autre forme où la douleur est extrêmement intense, toutes tentatives de localisation sont vaines.

C'est l'angine abdominale.

Angor abdominales des anciens auteurs.

Angine à forme pseudo-gastralgique de Huchard, qui présente avec l'angine de poitrine une analogie apparente.

La crise survient à l'occasion d'un effort physique, de la marche, elle peut survenir après un repas trop copieux; parfois, c'est au moment où le malade prend la position horizontale que la crise éclate.

Le malade est pris brusquement d'une douleur atroce qu'il localise au niveau de l'estomac.

Du creux épigastrique, cette douleur irradie dans toutes les directions, mais surtout vers l'ombilic, en étai à la base du thorax, ou parfois, dans les cas types, le long des artères iliaques et les membres inférieurs.

Son intensité est telle qu'elle s'accompagne d'une sensation d'angoisse, différente en général de la sensation de mort imminente qui donne à l'angine de poitrine son caractère dramatique.

Le malade devient alors d'une pâleur extrême, son pouls s'accélère. La position en chien de fusil, quelquefois même seule la position genu-pectorale, réussit à diminuer la douleur.

La crise est de courte durée; le repos et l'inhalation de nitrite d'amyle l'apaisent rapidement au point qu'on a fait de cette action un signe diagnostique permettant de rapporter la douleur à sa véritable cause.

Comme dans toutes les douleurs à point de départ abdominal, il existe une tendance à la syncope et, de ce fait, à la mort subite.

Dans ces cas d'angine abdominale, la douleur est le symptôme capital, sinon unique.

Mais il n'en est pas toujours ainsi et la douleur peut n'être qu'un des éléments réalisant un « *syndrome pseudo-péritonéal* ».

La contracture des muscles abdominaux,

Les nausées, les vomissements d'abord alimentaires puis bilieux,

La constipation opiniâtre succédant parfois à une évacuation séreuse initiale,

La pâleur de la face, la rapidité du pouls, tout concourt à réaliser le tableau clinique d'une péritonite aigüe contre l'hypothèse de laquelle le fait que la température reste normale est de peu de poids.

Cependant les accidents régressent bientôt et la fin de la crise est annoncée par des phénomènes critiques :

sueurs profuses,

polyurie,

diarrhée,

et confirmée par la disparition de la contracture abdominale.

DIAGNOSTIC POSITIF (Signes physiques)

Le diagnostic d'aortite abdominale est difficile à poser fermement.

Quels signes pourtant permettent d'y penser?

1) La constatation de battements aortiques plus forts que les normaux est dépourvue de valeur; ils sont fonction de la nervosité et de la maigreur du sujet. On les observe chez trop de gens pour qu'on puisse jamais s'y arrêter.

2) La constatation d'une *résistance localisée épigastrique* gauche est un signe plus intéressant. Mais il n'indique que la réalité d'un processus douloureux inflammatoire sous-jacent, sans guider vers son origine.

3° *La douleur à la pression aortique* doit être recherchée avec soin. Certes l'aorte, entourée de plexus nerveux, est sensible à la palpation chez un grand nombre de malades à lésions gastriques ou intestinales. Mais l'acuité de cette douleur locale dépasse dans ces cas celle qu'on observe ailleurs.

Elle est insupportable, provoque le redressement du malade, de qui la main écarte celle du médecin; elle s'accompagne parfois de pâleur.

Les plexus d'autre part son médians; une douleur à la pression, sur le côté gauche seul de la colonne, doit éveiller l'attention.

En cas d'aortite, cette douleur est très exactement

localisée sur le vaisseau et à son voisinage immédiat : dès que le doigt s'écarte en dehors ou en dedans, la douleur cesse ou diminue considérablement.

Battante et électivement douloureuse, l'aorte peut être de plus dans certains cas *élargie* et *mobile*. Ces deux signes ne sont pas de recherche aisée chez les sujets ayant un certain embonpoint ; chez ceux qui sont maigres, au contraire, on les constate plus facilement, et cette constatation est de valeur.

4) *L'élargissement* s'apprécie assez aisément à la palpation. Parfois on sent, en glissant le pouce et l'index le long du vaisseau, des irrégularités de la paroi ou des inégalités localisées de calibre, importantes pour le diagnostic.

5) *La mobilité latérale de l'aorte* est fonction de son allongement. Limitée en haut par le diaphragme, en bas par sa bifurcation iliaque, elle doit s'allonger, s'incurver, se détacher de la colonne et des tissus qui l'y maintiennent. Aussi peut-on la déplacer à droite et à gauche ; souvent cette mobilité est peu nette ; parfois elle est extrême.

6) *L'auscultation* peut donner un signe positif c'est le *souffle systolique*, perçu au stéthoscope, qui, normalement quelle que soit sa pression, ne permet d'entendre qu'un bruit systolique sur une aorte normale. Lorsqu'il y a aortite, ce bruit est remplacé par un souffle.

La présence d'un souffle systolique n'implique pas, par elle seule, le diagnostic d'aortite. Cependant ce souffle est d'une très grande valeur s'il se joint aux signes précédemment décrits.

Ne jamais négliger d'ausculter le cœur, on pourra percevoir un souffle systolique ou diastolique de la base ou les deux ou simplement un « clangor » du deuxième bruit.

7°) Les symptômes les plus importants sont tirés de l'étude de la pression artérielle.

Ce qu'il y a de particulier c'est la comparaison entre les résultats de la
pression tibiale
et de la pression humérale.

Dans certains cas d'aortite abdominale il y a une forte hypertension systolique au niveau du membre inférieur. A l'état normal la tension tibiale est supérieure de 1 cm. à 1 cm. 1/2 à la tension humérale. Ici cette différence peut atteindre 5, 8 et quelquefois 10 cm. de mercure. Cette différence se voit aussi bien avec l'appareil de Vaquez qu'avec celui de Pachon, elle a cette particularité de s'accompagner d'une augmentation considérable de l'indice oscillométrique. Les oscillations sont extrêmement larges, amples, ce qui différencie nettement cette pression de la pression humérale.

Ce signe n'est cependant pas pathognomonique car il se voit aussi dans d'autres aspects de l'aorte, dans l'insuffisance aortique.

Il doit être noté cependant comme très intéressant et pouvant faciliter le diagnostic d'aortite abdominale.

Mais parfois, lorsque cette aortite abdominale a abouti à un rétrécissement de la partie inférieure de l'aorte et que les artères iliaques et fémorales sont

plus ou moins sténosées, on peut voir un phénomène inverse :

des oscillations au niveau du membre inférieur qui sont très diminuées comme amplitude et comme chiffre de pression. Dans ce cas on a affaire à un véritable symptôme en rapport avec une thrombose qui est une des complications les plus graves de l'aortite abdominale.

8°) Dans certains cas, la méthode graphique peut étayer le faisceau sémiologique par la mise en évidence d'un signe décrit par Laubry et Mougeot.

La Précession du pouls fémoral

Normalement le pouls fémoral à l'arcade crurale et le pouls radial au poignet sont synchrones. Si par un processus pathologique, l'aorte vient à perdre sa souplesse, l'ondée sanguine chemine plus vite dans ce vaisseau rigide et le pouls fémoral sera en avance sur le pouls radial. Seuls les tracés pris avec beaucoup de précision décèlent cette précession qui n'est que de 6 à 8/100^{es}.

9) *l'examen radiologique* vient compléter ces recherches cliniques. Pour voir l'aorte abdominale à l'écran, il est nécessaire de rendre l'abdomen transparent.

Deux méthodes le permettent :

le pneumopéritoine,

et l'insufflation colique par voie rectale.

Cette dernière à la portée de tous et d'une grande simplicité, est, pour ces raisons, préférable.

Il faut prendre la précaution de faire jeûner et de purger au préalable le sujet.

Normalement, l'aorte plaquée sur la colonne vertébrale ne se voit pas.

Lorsque le vaisseau est augmenté de volume par élargissement ou par péricardite, il fait une saillie nette à gauche. La palpation sous le contrôle de l'écran en est douloureuse.

Les battements peuvent être très visibles. Dans certains cas pourtant, il faut savoir que le foie augmenté de volume cache l'aorte et l'on ne discerne plus les deux ombres.

ÉVOLUTION ET COMPLICATIONS

L'évolution de l'aorte abdominale est tantôt aiguë, tantôt chronique. Dans le 1^{er} cas, les crises douloureuses, les troubles gastro-intestinaux s'atténuent, disparaissent progressivement; en quelques semaines, la guérison semble complète.

Au contraire dans les formes chroniques, tous ces phénomènes se reproduisent à intervalles de plus en plus rapprochés et l'on voit apparaître des complications qui dans certains cas peuvent être le signe révélateur de l'aorte abdominale; il faut signaler :

- a) L'anévrisme;
- b) Les embolies;
- c) La Thrombose.

a) *Anévrisme de l'aorte abdominale.* — Se traduit par une exagération des symptômes fonctionnels, douleur permanente, douleur paroxystique, troubles gastro-intestinaux très accentués, dyspnée, palpitations.

Comme signes physiques nous trouvons une tumeur abdominale à la partie gauche de l'abdomen, tumeur immobile, animée de battements systoliques et présentant le phénomène de l'expansion.

A l'auscultation, présence d'un double souffle décelé à l'auscultation de l'aorte abdominale. Ce souf-

ne prend une valeur sémiologique considérable à condition d'être recherché avec une compression nulle ou très modérée.

La méthode graphique permet d'apprécier le *retard du pouls fémoral sur le pouls radial*.

Suivant le siège de l'anévrisme la symptomatologie fonctionnelle sera différente.

1) *Anévrisme sous-méso-colique*. Prédominance des phénomènes intestinaux.

2) *Anévrisme sus-méso-colique*. Prédominance des syndromes gastriques et duodénaux.

Syndrome vésiculaire.

Syndrome solaire.

3) Si l'anévrisme siège à l'union de l'aorte thoracique et de l'aorte abdominale nous aurons un tableau

d'angine abdominale

et d'angine thoracique.

Cet anévrisme peut se rompre. La « *rupture* » peut même en être la première manifestation.

Rupture. Dans la cavité péritoniale et grosse hémorragie foudroyante, mort subite.

dans l'estomac et production d'hématémèses,

dans le mésentère,

dans la cavité rachidienne et production d'une paraplégie brusque, flasque.

b) *Embolie*. Des caillots se détachant de la muqueuse dépolie, quelquefois ulcérée, vont produire dans les viscères des « infarctus ».

Rate,

Reins,

Estomac avec production d'hématémèses,

Pancréas, etc...

L'infarctus de l'Intestin mérite une description spéciale.

L'infarctus de l'intestin rentre dans le cadre des syndromes abdominaux aigus, dont le diagnostique étiologique, souvent difficile, est rendu particulièrement angoissant par la question du diagnostic opératoire; l'intervention immédiate constituant, dans ce cas, la seule chance de sauver la vie du malade.

Le début est brutal, douleur en plein ventre, atroce, retro-ombilicale, épigastrique à irradiation lombaire.

Presque aussitôt surviennent des « vomissements » abondants, d'abord alimentaires ou muqueux, puis bilieux, ils ne sont intéressants que si *sanglants*.

Dernier élément de la triade symptomatique *une diarrhée* profuse, hydrique.

De même que pour les vomissements la diarrhée n'est intéressante que si elle est hémorragique.

A l'examen du malade le ventre est un peu météorisé mais pas de « sonorité », pas de « tympanisme », pas de « contracture ».

A la palpation, il faut savoir sentir une tumeur pâteuse donnant la sensation d'hématome.

Si le diagnostique n'est pas fait, le syndrome revêt l'allure péritonéale.

Météorisme augmente,

Vomissements fécaloïdes,

Arrêt des matières et des gaz,

Cyanose, algidité,

Enorme enterroragie qui marque la fin et la mort survient dans 95 % des cas.

Diagnostic. On a confondu l'infarctus de l'intestin avec : l'appendicite,

l'occlusion,

les perforations,

La grossesse extra-utérine rompue,

torsion des kystes,

la pancréatite aigue.

Sur quels signes doit-on faire le diagnostique?

Les hémorragies intestinales et gastriques sont rares (dans 14 cas, seulement deux cas).

La diarrhée de même.

L'occlusion est très précoce, quand le médecin arrive près du malade, il est en pleine occlusion.

Douleur, vomissement, constipation, arrêt des gaz, météorisme; on fait le diagnostic d'occlusion intestinale, mais occlusion intestinale avec certaines particularités; en effet, il n'y a pas

de *tympanisme*, mais au contraire zone de *matité* et on sent une tumeur pâteuse; certains chirurgiens ont noté dans leurs observations qu'ils avaient l'impression d'un globe vésical.

deuxième particularité, il n'y a pas de *péristaltisme*, tout au contraire, à l'auscultation un silence sépulcral (Lardenois).

A ces signes d'occlusion s'ajoutent des signes:

d'anémie aigue, pâleur du nez, des lèvres,

un état de collapsus, le pouls est à 110, on demande

quelques efforts au malade, s'asseoir par exemple, le poulx s'exagère, devient petit et incomptable.

En résumé, le diagnostic reposera sur la constatation d'un syndrome d'occlusion intestinale sans tympanisme, ni péristaltisme.

Sur la présence d'une tumeur pâteuse donnant une zone de matité.

Sur les signes d'anémie aigue.

Sur un état de collapsus.

c) *Thrombose*. La thrombose oblitérante de l'aorte a été récemment étudiée par Aubertin.

1) Si la *sténose est incomplète* on assiste au syndrome de la *claudication intermittente*.

Le malade n'éprouve aucune gêne au repos, ainsi qu'au début de la marche; mais après avoir parcouru une certaine distance, il est pris de crampes douloureuses dans les membres inférieurs, dans les mollets en particulier, en même temps que d'une sensation de refroidissement, d'engourdissement, de pesanteur dans les pieds qui donnent l'impression d'être de plomb ou de marbre. Le malade s'immobilise et bientôt les douleurs s'atténuent, puis disparaissent, pour se reproduire d'ailleurs avec la reprise de la marche, après une nouvelle étape, souvent de la même longueur que la précédente.

Le plus souvent, la claudication intermittente ne s'accompagne d'aucun trouble trophique décelable aux membres inférieurs. C'est que l'oblitération reste incomplète, partielle, ou que la circulation se rétablit par voie collatérale.

Le débit sanguin, suffisant à l'état de repos, de-

vient incapable d'assurer la nutrition des tissus en période d'activité musculaire qui nécessite une irrigation cinq fois plus abondante.

2) *Sténose complète* réalisant alors le *syndrome gangréneux*, il débute, en général, par des douleurs vives, lancinantes, continues, siégeant dans l'épaisseur des masses musculaires et non pas au niveau d'une articulation ou le long d'un trajet nerveux.

Il n'existe à ce moment aucun trouble objectif de la sensibilité, aucune trouble réflexe, aucun symptôme inflammatoire. L'exploration oscillométrique, révèle une diminution pathologique de l'amplitude pulsatile aux membres inférieurs.

Les douleurs ne tardent pas à s'accompagner de fourmillements, de cryesthésies; puis survient un phénomène objectif capital: la peau prend une coloration livide, marbrée de taches bleuâtres, violacées, lie de vin; le tissu cellulaire s'empâte; le membre se gonfle et donne à la main, une impression de froid cadavérique. Enfin la peau se soulève en phlycsènes remplies d'une sérosité roussâtre, derrière laquelle se poursuit le processus de mortification. Le plus souvent, la gangrène apparaît aux orteils, puis gagne le dos du pied, atteignant ou dépassant la région mal-léolaire.

Il s'agit presque toujours d'une gangrène sèche que modifie cependant l'apparition d'infections secondaires. En leur absence, on peut voir, lorsque la vie est assez longue, les jambes et la partie inférieure des cuisses se ratatiner, se momifier; elles ne parais-

sent plus rattachées que par les fémurs au reste de l'économie.

Il existe, enfin, des cas où l'ischémie insuffisante pour compromettre gravement la nutrition des parties molles, a cependant dépassé le degré qui s'objective par le syndrome de claudication intermittente. Elle se traduit alors par une « *paraplégie* » douloureuse des membres inférieurs avec cyanose et refroidissement des extrémités, douleurs spontanées très vives, exaspérées par les tentatives de mobilisation.

On note l'absence de toute pulsation artérielle au niveau des artères périphériques,

Pédieuse,

Tibiale postérieure de la gouttière rétro-malléolaire interne,

Ainsi que l'absence de toute oscillation à l'appareil de Pachon.

La paraplégie est flasque. Tous ces caractères et en particulier les troubles circulatoires, isolent sans peine la paraplégie par oblitération aortique dans le groupe des paralysies des membres inférieurs.

DIAGNOSTIC

Les manifestations de l'aortite abdominale ont un aspect tellement polymorphe, que leur diagnostic reste dans la majorité des cas très difficile à affirmer.

Les phénomènes douloureux et les troubles gastro-intestinaux, si nets soient-ils, ne sont jamais rapportés de prime abord à l'aortite sous-daphragmatique.

On pense à toutes les causes de douleurs abdominales.

On croit à une crise de colique hépatique; cependant l'irradiation dans l'épaule droit n'est pas nette, la douleur n'a pas son maximum au niveau du point vésiculaire; les petits frissons traduisent l'infection biliaire, le sub-ictère n'existe pas.

On pense à une crise de colique néphrétique: il n'y a cependant aucun signe urinaire; la douleur n'est pas spécialement lombaire, elle n'irradie pas vers la zone génitale.

L'association des douleurs avec des signes gastro-intestinaux pose le diagnostic d'ulcus gastrique ou duodénal, de cholécystite, de colites des angles, de périviscérites, d'entéro-colite muco-membraneuse. Les examens cliniques et radioscopique, l'étude attentive des radiographies en série permettront d'affirmer l'intégrité de l'estomac et du duodénum, organes le plus habituellement incriminés. L'inefficacité complète

des traitements digestifs est une raison accessoire de plus pour penser au bout d'un certain temps qu'il faut chercher ailleurs.

En cas de « *crises tabétiques* », c'est plus les autres manifestations du tabès, que les caractères mêmes de la crise douloureuse, qui doivent régler le diagnostic, d'autant plus que, dans ce cas, l'altération de l'aorte sous-diaphragmatique est très fréquente.

Il en est de même dans les cas d'urémie gastrique.

En pratique, l'examen complet du malade doit d'abord écarter de façon certaine toutes ces affections douloureuses de l'abdomen ; c'est alors seulement que l'on peut discuter le diagnostic d'*aortite abdominale*.

Encore faut-il penser aux phénomènes d'*aortisme* si fréquents chez les sujets nerveux qui souffrent de troubles gastro-intestinaux.

Mais, s'agissant d'une atteinte de l'aorte, est-ce vraiment l'abdominale qui est touchée ? L'angine de poitrine à type classique ne peut guère prêter à confusion. Mais il y a des crises d'angor atypiques, dont la douleur rétrosternale basse irradie vers l'épigastre. Dans ces cas il s'agit presque toujours d'aortite syphilitique thoracique ou thoraco-abdominale et l'examen cardio-aortique par l'auscultation et la radioscopie des médiastins permet de retrouver la vraie cause. Il faut surtout savoir que toute crise d'angor, typique ou non, pouvant être déclenchée par la distension gastrique, est susceptible de présenter une relation horaire avec les repas et d'égarer ainsi le diagnostic vers le tube digestif.

Diagnostic des formes paroxystiques

Le diagnostic des *formes paroxystiques* de l'aortite abdominale (angine abdominale, syndrome pseudo-péritoniale) doit être faite de toute nécessité. Ces formes simulent des affections qui *commandent une intervention urgente*; une appendicite chez l'enfant, une occlusion intestinale chez l'adulte; chez tous un étranglement herniaire ou la perforation de tel ou tel organe digestif.

Alors même qu'il n'y a pas de fièvre, ces grands drames du ventre laissent loin derrière et dans l'ombre, ceux des vaisseaux. Et ces derniers seraient-ils en jeu qu'il n'y aurait aucun mal à se conduire comme s'ils ne l'étaient pas, et à pratiquer une intervention qui, risquant de sauver le malade dans un cas, n'aggrave pas sensiblement sa situation dans l'autre. N'a-t-on pas vu même certaines artérites embolisantes des grandes branches de l'aorte, comme la mésentérique résister à l'intervention et même en bénéficier?

On n'éprouvera aucun remords à prendre pour une poussée d'aortite, ou pour une rupture anévrysmale une pancréatite hémorragique. Mais on reste confondu de la méconnaissance d'une appendicite, au profit d'accidents vasculaires hypothétiques.

ÉTIOLOGIE

Nous ne parlerons pas ici des infections aiguës, fébriles dans lesquelles les manifestations septicémiques bruyantes étouffent toute possibilité de localisation.

Mais il faut savoir qu'en dehors d'elles trois grandes causes plaident en faveur d'une atteinte étendue ou généralisée de l'aorte.

En premier, *l'âge*: avant soixante ans, il n'a qu'une importance relative et cède la place à un autre élément: la Syphilis.

Après soixante ans, il en s'agit guère que d'*athérosclérose*. En seconde ligne, mais sur un plan plus discret certaines *auto-intoxications* comme la goutte, le diabète, ou hétéro-intoxication comme le saturnisme agissent sur le système vasculaire.

Enfin la « *Syphilis* », facteur de beaucoup le plus important, dont l'existence doit éveiller d'une manière presque réflexe le soupçon d'aortite. Le clinicien sera tellement dominé par la notion de la syphilis comme origine de la grande majorité des aortites, que la recherche des stigmates est pour lui le complément indispensable de l'examen du système artériel: notion des antécédents acquis ou héréditaires, exploration des réflexes tendineux et pupillaires, découverte des moindres traces de leucoplasie buccale, interprétation des cicatrices et pigmentations cutanées, découverte de taies cornéennes, de malforma-

tions dentaires, telles doivent être ses premières préoccupations. Il les complétera par toutes les recherches sérologiques et examens du liquide céphalo-rachidien. Enfin, à défaut d'une réponse précise dans cette enquête, il n'hésitera pas à mettre en œuvre, pour confirmer ses soupçons et obtenir une certitude, le traitement spécifique.

En dehors de la syphilis et dans un certain nombre de cas on a parlé de diverses infections rhumatisme dans des attaques répétées, paludisme. Tessier admet le rôle d'infections à point de départ digestif en particulier, dit-il, de l'entéro-colite muco-membraneuse. Gutmann et Routier sont revenus sur cette question ils admettent que souvent des lésions de voisinage doivent être à l'origine de cette réaction aortique et sans doute surtout périaortique. Ces formes rentrent ainsi dans ces « *périviscérites* », inflammations lymphatiques à distance qui jouent un rôle si important dans les maladies de l'abdomen.

Voici, par exemple, l'histoire résumée d'une malade de Gutmann et Routier, qui montrant la filiation probable des accidents, peut appuyer cette conception.

OBSERVATION

Mme X... vient en 1924 à la consultation de la clinique chirurgicale de la Salpêtrière, pour des douleurs épigastriques, surtout gauches durant depuis plusieurs mois.

La symptomatologie générale est celle d'un ulcus ; les divers examens montrent l'intégrité de l'appareil

digestif. On pense à une aortite abdominale, diagnostic confirmé dans le service de M. Laubry. Or, cette malade, chez qui, en 1924, on trouve une aortite abdominale, a un passé abdominal dont les étapes sont instructives. Elle a subi, en 1920, une hystérectomie pour un gros fibrome utérin douloureux ; un an plus tard, elle commence à se plaindre de douleurs dans le flanc droit. Après divers traitements on l'opère de nouveau et on enlève un appendice adhérent. Un an après environ, la malade vient consulter, ayant fait depuis quelques temps des poussées de péri-cholecystite avec douleurs hautes, irradiées dans l'épaule, point vésiculaire, sub-ictère, urines à pigments, etc... On la met au traitement (uroformine, diathermie, etc...) et au bout de deux mois, les douleurs du carrefour cessent. La malade ne fut revue qu'à l'époque où des incidents nouveaux, maintenant surtout gauches, firent penser à l'aortite.

Divers auteurs, en particulier MM. Enriquez, Gosset, ont montré les relations entre l'appendicite, la cholecystite et l'ulcus. L'origine de telles infections ascendantes paraît même souvent résider plus bas que l'appendice dans la zone génitale. On peut admettre que chez la malade qui a fait l'objet de l'observation, il y ait, de bas en haut, une inflammation lymphatique ascendante de cette sorte ayant enfin gagné la région périaortique.

Cette femme est depuis un an à l'iodure et à l'huile iodée et ce traitement a très notablement amélioré son syndrome pseudo-ulcéreux.

Pour conclure, nous dirons qu'il y a évidemment

des aortites abdominales syphilitiques, comme le sont les anévrismes de l'aorte abdominale, mais il s'agit surtout alors d'aortite étendue, thoraco-abdominale. Dans les cas qui rentrent dans les périviscérités l'aorte a été touchée, non comme une artère qu'arme la syphilis, mais *comme un organe abdominal au cours d'infections abdominales de voisinage*.

De ces notions il résulterait que la périaortite l'emporte sur l'aortite, et qu'en tous cas, la paroi du *truncus* n'est lésée que secondairement.

TRAITEMENT

Les traitements gastriques et intestinaux sont ici inopérants; c'est un traitement général qu'il faut mettre en œuvre. La notion de syphilis est-elle patente, on instituera un traitement intensif avec arsenicaux, bismuth, mercure et iode. La médication iodée intensive, soit par l'iodure de potassium, soit de préférence par des injections longtemps continuées d'huile iodée ont donné de bons résultats. On peut l'instituer de pair avec les autres médications antisypilitiques quand la syphilis est en jeu. Mais elle donne aussi de bons résultats dans les formes de périviscérite; on a adjoint avec avantage le diathermie agissant sur la région de l'aorte, les bains de soleil ou de lumière.

Pour éviter les spasmes on instituera un traitement hypotensif: nitrite de soude, nitrite d'amyle, solution de trinitrine au 1/100°, on se servira encore d'un médicament tout nouvellement arrivé dans l'arsenal thérapeutique *l'acétycholine*, on fera des injections de dix centigrammes deux, trois fois par semaine.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(*Barie et Colombe*)

Z..., Louis, âgé de cinquante et un ans, débardeur, entre à l'hôpital Laënnec, salle La Rochefoucauld, le 30 Octobre 1910. Il se plaint d'une dyspnée assez vive et d'une douleur précordiale.

Ses antécédants pathologiques comportent : une fièvre typhoïde à l'âge de onze ans, plusieurs accès de fièvre paludéenne, contractée au Tonkin où le malade a fait , à l'âge de vingt cinq ans, un séjour de vingt-sept mois, accès qui ont d'ailleurs cessé depuis son retour en France ; un chancre induré, pour lequel Z..., alors âgé de vingt-quatre ans, n'a suivi aucun traitement. Z... est fumeur et alcoolique.

La maladie actuelle a débuté vers 1907. A cette époque apparaissent des crises douloureuses, d'abord espacées puis de fréquence croissante. Ces crises surviennent le jour ou la nuit : le malade éprouve pendant nuit à dix minutes et souvent davantage une sensation d'étouffement, d'angoisse précordiale, de compression thoracique, avec irradiations douloureuses dans les deux bras. Dans l'intervalle des crises subsiste une dyspnée permanente, accrue d'ailleurs par la marche et les efforts, en outre, Z..., se plaint de vertiges. Ces accidents l'ont obligé à entrer à deux

reprises déjà à l'hôpital Laënnec et il a été soigné à la Pitié et à Saint-Antoine.

L'examen du cœur, en Octobre 1910, permet les constatations suivantes: les mouvements du cœur sont tumultueux, arythmiques; il y a quelques intermittences. La pointe est située dans le 5^e espace intercostal, un peu en dehors du mamelon. La percussion dénote une augmentation de la matité cardiaque; l'oreillette droite est perceptible en dehors du bord droit du sternum; l'aorte déborde également de 2 centimètres environ le bord droit de cet os. A l'auscultation, on constate, outre l'arythmie, un claquement du second bruit à l'orifice aortique. Le pouls est fréquent (140); les artères radiales sont dures; la pression artérielle systolique s'élève seulement à 16 centimètres de mercure (app. de Potain).

Les membres inférieurs présentent de l'oedème; il y a de l'oligurie. Le foie dépasse le rebord costal. L'examen de l'appareil respiratoire révèle l'existence de quelques frottements à la base du poumon gauche.

La température est de 38°7. Les urines ne renferment ni albumine, ni sucre.

Sous l'influence de la digitaline cristallisée au millième (trente gouttes en trois jours), les mouvements du cœur se régularisent; la pression artérielle s'élève à 1 centimètre; la diurèse s'établit et, le 10 Octobre, le malade malgré les conseils qu'on lui donne, sort de l'hôpital où il a séjourné sept jours.

En juin, l'examen du cœur et de l'aorte donne les résultats suivants: les bruits du cœur sont assourdis et arythmiques; la pointe bat maintenant dans le 6^e

espace intercostal, à 6 centimètres en dehors de la verticale mamelonnaire; l'aorte déborde toujours le bord droit du sternum; le deuxième bruit du cœur présente un claquement net à l'orifice aortique. La tension artérielle est de 13 cent. (Appareil de Potain).

On constate en outre, un oedème pré tibial peu marqué, une cyanose légère. A la base des deux poumons, surtout du poumon droit, s'entendent des râles sous-crépitants.

Les urines contiennent de l'albumine.

En somme, depuis le premier séjour du malade, l'état s'est aggravé sensiblement: le cœur s'est dilaté et hypertrophié et la présence d'albumine dans les urines, indique une défaillance rénale.

C'est à cette époque que Z...; se plaint, pour la première fois, d'un symptôme sur lequel nous aurons plus tard l'occasion d'insister.

Le 13 Juin et de nouveau le 13 Juillet, il accuse de vives douleurs au creux épigastrique.

En Novembre, les constatations cliniques révèlent une progression des lésions cardio-artérielles.

Le cœur est hypertrophié, surtout aux dépens du ventricule gauche; la pointe bat dans le 6^e espace intercostal, en dehors du mamelon. L'aorte déborde le sternum sur une étendue de 3 cent.; il n'y a pas de surélévation de la sous-clavière ni du grand sinus aortique. A l'auscultation, on constate une tachyarythmie marquée: le premier bruit du cœur est un peu sourd, le second clangoreux, et un souffle diastolique très faible, que les examens antérieurs

n'avaient pas révélé, s'entend exactement dans le troisième espace intercostal droit, au voisinage du sternum.

Les poumons sont le siège de quelques râles sibilants disséminés. Le foie hypertrophié a, sur la ligne mamelonnaire, une matité de 17 centimètres. L'albumine urinaire a persistée.

En 1912, Z... entre de nouveau dans le service à deux reprises, du 15 Février au 25 Avril, et du 5 Mai au 26 Juin, date de sa mort.

Pendant ce double séjour, il présente les mêmes troubles fonctionnels déjà notés antérieurement, mais avec une recrudescence marquée des crises d'aortite thoracique, à la fois plus fréquentes et plus intenses, et les mêmes signes stéthoscopiques. On constate cependant quelques phénomènes nouveaux : d'abord l'existence d'un souffle systolique à l'orifice aortique ; souffle peu intense, constant et de tonalité grave ; puis, pour la première fois, apparaissent des crises douloureuses siégeant à l'épigastre et se renouvelant à intervalles réguliers. Elles alternent ou coïncident avec les crises thoraciques, se produisent la nuit ou le matin de préférence, sans que l'ingestion des aliments semble influencer sur leur apparition ; elles durent quelquefois une demi-heure et même davantage.

Le malade éprouve de vives souffrances localisées à l'épigastre, sur la ligne médiane et ne se propagent ni dans les hypocondres, ni dans les flancs, ni dans les fosses iliaques ; les douleurs sont continues, parfois paroxystiques, comparables à une torsion, à un broiement exagérés par la palpitation et surtout par

la pression profonde. Cette exploration ne fournit d'ailleurs aucun renseignement car les muscles grands droits de l'abdomen sont *contracturés* au niveau de l'épigastre. Parfois, les crises s'accompagnent de *vomissements* aqueux ou alimentaires assez abondants. Pendant la crise, le malade se tient assis sur son lit, légèrement courbé en avant; il est pâle et anxieux. Aucun autre trouble digestif n'est constaté: ni constipation, ni diarrhée; une ou deux fois cependant, le malade a présenté, dans l'intervalle des crises, une *diarrhée* avec coliques, mais sans caractère bien particulier.

Ce syndrome gastrique, observé un assez grand nombre de fois, nous fait supposer l'existence d'une aortite abdominale. On ne constate en effet aucun signe permettant de le rattacher à une affection de l'estomac, du foie, de l'intestin, ou au tabes: on ne trouve, en effet, ni égalité pupillaire, ni syosis, ni signe d'Argyll, ni modification des réflexes achilléens ou patellaires, ni signe de Romberg, etc...

Le 26 Juin 1912, Z... meurt subitement dans la cour de l'hôpital, à 1 heure de l'après-midi.

Autopsie

Le cœur présente une dilatation hypertrophique très considérable, développée surtout au dépens des cavités gauches.

L'aorte est très altérée, depuis son segment sus-sigmoïdien jusqu'à sa partie terminale. Elle présente des lésions disséminées d'aortite chronique athéromateuse.

Au-dessus des sigmoïdes, la tunique interne de l'artère est indurée, crétacée. La crosse entière est revêtue et comme pavée de plaques athéromateuses, crétacées, ossiformes; ces plaques disposées en lamelles plus ou moins épaisses, irrégulières, confluentes, ne laissent entre elles aucun intervalle de tissu sain. La portion ascendante, rigide, est dilatée (diamètre: 5 cent.). A l'union des segments vertical et horizontal, sur la partie postéro-inférieure, se voit une ectasie du volume d'une noisette, légèrement lobulée; sur la périartère, une étroite dépression, à contours arrondis, correspond au sommet de l'une des bosselures et tranche, par sa coloration rouge violacé, sur la teinte blanc grisâtre du vaisseau. Les orifices du tronc brachio-céphalique, de la carotide et de la sous-clavière gauche ont conservé leur calibre normal; quelques plaques athéromateuses se prolongent dans la portion initiale de ces collatérales.

Mêmes lésions sur l'aorte thoracique, d'autant plus discrètes qu'on approche davantage du diaphragme. Les plaques athéromateuses sont moins dures, elles ne présentent plus, comme dans la crosse, les contours irréguliers et nets de lamelles ossiformes. Au voisinage du diaphragme, elles sont pâles, à peine indurées.

Au-dessous du diaphragme, au contraire, l'endartère est de nouveau tapissée de plaques nombreuses et résistantes. *L'orifice du tronc coeliaque* est froncé, rétréci, déformé, irrégulièrement triangulaire; sa lumière, très réduite, laisse pénétrer avec difficulté l'extrémité d'une mince sonde cannelée tan-

dis que, à quelques centimètres plus loin, cette artère présente son calibre et son aspect habituels. Sur le bord droit de l'orifice coeliaque, les plaques athéromateuses dessinent une dépression, large comme une pièce de cinquante centimes, à bords surélevés et épais, à fond résistant formé par une lamelle crétacée. Au-dessous du tronc coeliaque, comme sur les parties latérales de l'aorte, existent encore quelques plaques jaunâtres et légèrement saillantes. *L'orifice de la mésentérique supérieure* est perméable et n'est qu'effleurée, à son bord supérieur, par les lésions d'aortite. Au-dessous des rénales, dont l'origine est indemne, l'endartère est à peu près normale. On ne constate notamment aucune altération sur l'éperon de bifurcation des iliaques primitives, ni dans ces artères elles-mêmes.

Les autres viscères n'offrent que des lésions banales. Le foie congestionné pèse 1 kil. 410. Les reins sont normaux. La plèvre gauche présente à sa base quelques adhérences. Il existe de la congestion oedémateuse à la base des deux poumons, surtout marquée du côté droit.

OBSERVATION II

(*Barie et Colombe*)

Femme âgée de quarante-deux ans, entrée à l'hôpital Laënnec le 5 Octobre 1912 pour différents troubles datant de quelques mois : vertiges, étourdissements et surtout dyspnée.

L'examen du cœur décèle, à l'orifice aortique un double souffle ; la pointe du cœur est un peu abaissée et bat en dehors de la verticale mamelonnaire. Le pouls capillaire se voit nettement : rien à relever du côté du foie, du poumon, urines normales.

A plusieurs reprises, la malade se plaint d'une douleur intermittente localisée au creux *épigastrique*, sans irradiations vers les hypocondres ou les fosses iliaques et survenant de préférence après les repas. Cette douleur est soulagée par la flexion du tronc en avant et, pour dormir, la malade se penche en avant, en appuyant un oreiller sur la région épigastrique. Parfois, la crise s'accompagne de *vomissements* aqueux ou alimentaires.

Pour compléter nos recherches et préciser le diagnostic, nous procédâmes à la mesure de la pression artérielle dans différents segments. Celle-ci, pratiquée avec l'oscillomètre de Pachon, donne : à l'avant : Mx. 15 — mn. 10 — à la partie inférieure de la jambe Mw. 21 (hypertension pédieuse).

Morte le 3 Novembre, 14 jours après l'apparition brusque d'une hémiplegie gauche par embolie.

A l'autopsie, on constate une insuffisance aortique avec hypertrophie de la paroi ventriculaire gauche et épaissement considérable des valvules sigmoïdes aortiques indurées. L'aorte présente des lésions d'athérome disséminées. Au-dessous du diaphragme, l'orifice du tronc *coeliaque* est rétréci par une plaque athéromateuse, jaunâtre, se prolongeant dans la lumière du vaisseau.

Rien à la naissance des artères mésentériques et rénales.

Quelques taches discrètes, non indurées, occupent la partie basse de l'aorte, immédiatement au-dessus de sa bifurcation.

Le plexus solaire n'a pu être examiné.

OBSERVATION III

Claudication intermittente gastrique

S..., Menuisier, âgé de 53 ans.

Dans l'histoire des troubles présentés par ce malade, il est indispensable de distinguer deux périodes :

1° — une première où les troubles circulatoires sont les seuls en scène du 21/7/20 au 15/6/21.

2° — une seconde où apparaissent des troubles dyspeptiques qui occupent alors le premier plan et ce à partir du 24 Novembre 1922.

1° *Histoire du Malade durant la Première Période* (Phase aortique)

Le malade âgé alors de 52 ans, entre à l'hôpital le 21 Juillet 1920 pour des douleurs précordiales et de la dyspnée d'effort. Il fait remonter le début de ses troubles au mois de Mai 1919, c'est-à-dire à un an environ. A cette époque, le patient se plaint de constructions thoraciques, avec éblouissements, brouillards devant les yeux, vertiges pouvant aller jusqu'à l'évanouissement, tout effort pénible exagérant cet état vertigineux.

Il accuse des crampes dans les mollets et de l'œdème malléolaire. Le malade se plaint en outre de douleurs précordiales irradiant dans le bras gauche, avec fourmillements dans la zone cubitale.

Ces douleurs étaient parfois si violentes que le ma-

lade était obligé de se courber en deux dans son lit le décubitus latéral gauche étant impossible.

Il est à noter, dès à présent, que ces crises ne s'accompagnaient pas de sensation d'angoisse, ni de pâleur de la face, mais, espacées au début (deux à trois fois par mois environ), ces crises sont plus intenses et plus fréquentes depuis deux mois, c'est ce qui décide le malade à venir à l'hôpital le 21 Juillet 1920 où il restera onze mois jusqu'au 15 Juin 1921.

A son entrée, le malade ne présente aucun symptôme de compression médiastinale, ni dyspnée, ni toux, ni troubles de la voix, pas de dysphagie; pas de troubles sympathiques. Pas de sensation de brûlure rétro-sternale, aucune gêne à la déglutition.

L'aspect général du malade est bon, son faciès est pâle, la face présente des varicosités.

A l'examen détaillé de l'appareil circulatoire l'inspection, à jour frisant, ne permet pas de voir des battements dans le deuxième espace intercostal droit, il n'y a pas de battement carotidien.

A la palpation, la pointe du cœur semble battre au niveau de l'appendice xyphoïde; on ne sent pas l'aorte derrière le sternum, pas de thrill.

La percussion révèle une matité aortique, élargie, débordant largement le bord sternal à droite et à gauche.

A l'auscultation on entend des bruits normaux, mais assourdis, sans souffle.

Le pouls révèle une inégalité de tension constante: il est plus fort à droite. La tension artérielle prise à

l'appareil de Pinchon et à la radiale, donne à droite 14 — 7 et à gauche 13 — 7.

L'examen de l'appareil pulmonaire montre que les poumons sonnent mal. A l'auscultation, on note une certaine obscurité en avant et à droite, ainsi qu'une respiration saccadée, en arrière et à gauche.

L'examen du système nerveux permet de constater l'intégrité des réflexes oculaires, tendineux, cutanés.

La réaction de Bordet-Wassermann a toujours été négative.

L'analyse des urines montre une albuminurie qui disparaît avec le régime lacté.

A la radioscopie, en position oblique externe, une grosse dilatation de l'aorte et en position frontale, une ectasie aortique.

Traitement : 30 piqûres de novarsénobenzol.

2° Histoire du Malade durant la Seconde Période (Phase dyspeptique)

Sorti 13 mois, le malade ne peut continuer le traitement anti-syphilitique et au début de Septembre 1922, apparaissent les premiers vomissements.

Il entre à nouveau à l'hôpital le 24 Novembre 1922. A ce moment, il se plaint d'une sensation de tension gastrique, avec malaises, baillements après les repas.

Sitôt après avoir mangé, il rejette des gaz par une douzaine d'éruptions, prolongées et violentes ; deux ou trois heures après la fin du repas, les douleurs augmentent, les nausées apparaissent pour être suivies bientôt par un vomissement alimentaire massif

qui soulage immédiatement le malade, celui-ci a remarqué que le repas passait beaucoup plus difficilement s'il avait été beaucoup plus copieux que d'habitude et il est à noter l'influence bienfaisante du repos.

Le premier Septembre 1922, dans la nuit, le patient a présenté 30 selles aqueuses, accompagnées de violentes douleurs abdominales: le lendemain: 4 selles.

Examen le 24 Novembre 1922: Météorisme avec flatulence abdominale; un point épigastrique douloureux.

Une radiographie gastrique montre un estomac à dimensions normales avec spasme pilorique intermittent.

Le diagnostic de claudication intermittente gastrique est posé.

Ultérieurement le malade a été très amélioré par le traitement.

OBSERVATION IV

(Tessier)

Crise entéralgique simple

Femme de 51 ans, blanchisseuse, entre pour céphalées tenaces avec essoufflement, oédème des membres inférieurs accentué, avec signes marqués de cardiopathie artérielle et lésion nitrale concomittente.

Depuis un mois et demi, elle se plaint de douleurs violentes à *l'épigastre* et dans la région ombélicale, accompagnées de sensation de pesanteur et parfois de *vomissements*, toujours d'une rachialgie marquée et souvent de battements spontanément perçus et parfois insupportables ; ils sont très apparents.

La palpation au niveau de l'ombilie est atrocement douloureuse. L'aorte est augmentée de volume, mais pas très déviée. On y perçoit un double souffle très net qu'on retrouve sur les artères iliaques, également très douloureuses. Ce double souffle cesse au niveau des artères fémorales.

Le diagnostic d'aortite sous-diaphragmatique est posé, et on traite la malade par le repos, le régime lacté et les lavements de bromure d'ammonium (Potain).

La malade quitte le service trois mois plus tard, très améliorée, mais conservant toujours une douleur spontanée au niveau de l'épigastre, accentuée par la pression et irradiée aux deux artères iliaques.

Sortie, elle se surmène et revient au bout de trois mois en plein urémie gastro-intestinale, morte dans le coma.

Autopsie

Lésions marquées de l'aorte abdominale avec longues plaques gélatineuses, la tunique externe est très congestive, les vaisseaux hyperhémisés avec infiltration périvasculaire, témoin de la poussée inflammatoire subaigüe.

OBSERVATION V

(Læper)

Crise entéralgique spasmodique et coprostatique

Un malade vient consulter à plusieurs reprises à l'Hôtel Dieu pour troubles cardio-vasculaires avec manifestation intestinale vague et en Avril 1910, pour douleurs à la fosse iliaque gauche, avec rétraction pariétale, nausées et constipation.

L'examen montre un ventre rétracté à l'inspection ; la palpation difficile de la fosse iliaque gauche, révèle l'existence d'un boudin dur, mobile et sensible.

Le colon transverse est contracté ; le cœcum est dur et résistant, la paroi abdominale est hyperesthésiée dans le flanc gauche ; la pression au niveau de la zone épigastrique est pénible ; un point douloureux exquis au niveau de la mésentérique supérieure.

L'aorte est élargie, étalée, devant L1 — L2 les artères iliaques sont athéromateuses ; la tension artérielle est à 21.

Une radiographie de l'aorte montre une dilatation rétro-gastrique.

Le malade est amélioré par les hypotenseurs.

OBSERVATION VI

(*Rosengart*)

(Munich Méd. Woch. — 1906 — n° 20 p. 966)

Crise flatulente

Il s'agit d'un homme âgé de 50 ans, se plaignant depuis un an environ de météorisme abdominal avec crise de flatulence pénible, surtout nocturne, accompagnée d'un obésité à développement rapide, localisée à la paroi abdominale.

L'autopsie montra l'existence d'une aortite abdominale.

OBSERVATION VII

Crise Mucorrhéique

Le malade âgé de 62 ans, accusait des manifestations angineuses à allure grave et dramatique.

Des phénomènes mucorrhéiques survinrent alternant chez ce même malade avec des crises d'angine de poitrine.

Le malade meurt de gangrène des deux membres inférieurs et à l'autopsie, tout son système aortique était athéromateux.

OBSERVATION VIII

(Tessier)

Crise diarrhéique

Un journalier de vingt trois ans a présenté il y a un mois des troubles digestifs assez accusés, accompagnés de vomissements, de douleurs constrictives dans le thorax, accidents imputables à sa cardiopathie.

Celle-ci se traduit par les signes classiques de la maladie de Corrigan : voussure thoracique, gros cœur, souffle diastolique à la base, double souffle fémoral, etc...

Il revient à l'hôpital pour vertiges et douleurs lombaires atroces avec asthénie et pâleur.

Trois jours après son entrée, il accuse des douleurs plus violentes et légèrement modifiées quant à leur localisation. Au lieu d'occuper exclusivement la région lombaire, elles siègent surtout à l'épigastre, irradiant dans les deux flancs, presque jusqu'à la racine des membres.

En même temps, on constate au creux épigastrique des battements qui paraissent d'abord limités au trépidement coeliaque, mais qui s'étendent à toute la longueur de l'aorte abdominale, très facilement perceptible malgré l'épaisseur de la paroi. Le vaisseau très douloureux et tendu semble fortement dévié à gauche

l'hyperesthésie au palper se prolonge le long des artères iliaques.

Le lendemain, les douleurs persistent toujours et le malade qui a éprouvé une série de coliques violentes, est pris d'une crise *intestinale*, se manifestant par des selles aqueuses ou glaireuses, parfois sanguinolentes, qui durent deux jours.

Le malade présentant une arthrite tibio-tarsienne on institue un traitement salicylée qui entraîne une sédation rapide.

Cinq jours après sa sortie, il revient pour une poussée d'aortite, thoracique cette fois, simulant une angine de poitrine, qui réveille l'aortite abdominale avec réapparition des coliques, de la diarrhée, des vomissements et qui cède à un nouveau traitement salicylé.

OBSERVATION IX

Aortite abdominale à forme gastralgique

(Service du Professeur Carnot à l'Hôtel-Dieu)

Malade âgé d'une cinquantaine d'années, syphilitique ancien, entre dans le service du professeur Carnot pour troubles digestifs, douleurs gastriques et épigastriques datant de quatre ans.

Il a commencé de souffrir en 1925 : douleur continue, tiraillement abdominal, épigastralgie sus-ombilicale. La douleur irradie vers le bassin, dans la région lombaire, vers le membre inférieur droit.

La douleur augmente par la station verticale, elle est soulagée par les repas d'une façon transitoire.

La douleur persiste la nuit réalisant une véritable constriction thoracique et sous-thoracique, la douleur s'atténue dans le décubitus latéral droit.

Souvent, la nuit, cette douleur prend un caractère paroxystique, le malade est pris dans un étau, il a la sensation de broiement, d'arrachement. Mais pas d'angoisse précordiale, pas de sensation de mort imminente, pas d'irradiation du côté du membre supérieur gauche.

De temps à autre le malade se plaint de vives douleurs, en éclair, dans la région cervicale jamais de vomissement, pas d'hémorragie (hématémèses, mœlena), pas de diarrhée.

Tableau cardio-aortique. Le malade se plaint de dyspnée d'effort, de palpitations continues.

Il présente une pâleur terreuse, il est très émacié avec une teinte légèrement sub-ictérique.

Examen. Aucune contracture à la palpation de l'abdomen, pas de points douloureux.

L'estomac est normal, pas de clapotage à jeûn, pas de liquide résiduel (des examens faits dans nombreux services de gastro-entérologie montrent l'intégrité de l'estomac et du duodénum); foie, rate, dimensions normales.

Le poulx est ample, bondissant, dépressible, la danse des artères du cou est très nette.

P.A. Max. 14 — Mn. 4 (différentiel 10)

La pointe bat dans le 7^e espace, à 4 travers de doigt au-dessous du mamelon.

Au foyer aortique, on entend deux souffles:

l'un systolique, léger, superficiel,

l'autre diastolique, long, musical.

L'examen de l'aorte abdominale montre des pulsations aortiques intenses et un élargissement, pas de mobilité anormale.

A l'auscultation, gros souffle systolique doux. Les autres appareils sont normaux. Pas de modification des réflexes.

Radio. Aorte thoracique et aorte abdominale très élargies faisant saillie du côté gauche;

L'estomac et l'œsophage sont déviés;

Grosse poche d'aérophagie;

La palpation sous le contrôle de l'écran est douloureuse.

CONCLUSIONS

1. Les aortites abdominales aiguës ou chroniques revêtent le plus souvent une symptomatologie d'emprunt qui égare le diagnostic.

2. Leurs signes souvent latents pendant une première période, atténués dans la suite, simulent toutes les affections organiques gastro-intestinales.

3. Leur évolution est cyclique et c'est sur un fond de chronicité que surviennent les poussées aiguës.

4. Les troubles gastriques et les troubles intestinaux sont généralement associés, qu'ils soient concomitants ou alternant entre eux ; de plus, ils s'associent à d'autres troubles relevant du siège aortique de la lésion.

5. Leur thérapeutique est double, symptomatique et pathogénique, cette dernière devra être systématiquement anti-syphilitique dans les cas douteux, qui sont bien souvent, en clinique courante les plus fréquents.

BIBLIOGRAPHIE

LEGOUT. — Contribution à l'étude de l'aortite abdominale. Thèse Paris 1913.

PAL. — Les crises vasculaires. Leipzig 1905. Traduction de Bablon 1907.

TEISSIER. — Société de Méd. des Hop. de Lyon, 10 Janvier et 17 Octobre 1902.
Semaine Médicale 1902, p. 128 et 389.
Bulletin Médical 1904, p. 809 et 1910, p. 1.071.
Congrès de Médecine de Toulouse 1902.

BISMUTH. — Aortite abdominale à forme gastralgique. Thèse Paris 1923.

LÆPER. — Leçon de pathologie digestive, t. III.

POTAIN. — Aortite abdominale. Médecine moderne, 27 Septembre 1899.

VAQUEZ. — Maladie du cœur, 1921.

BUTIN. — L'aortite abdominale. Thèse Paris 1912-13.

LÆPER. — Les crises intestinales des aortiques. Progrès Médical, 10 Décembre 1910.

MARQUEZY. — Aortite abdominale. Journal de Médecine et de Chirurgie, 1923. Art. 27.353.

TESSIER. — Signes et complications de l'aortite sous-diaphragmatique.

- ANGOR. — Abdominalis œdème intestinal aigu, Bulletin Médical, Paris 1910, p. 1.071-75.
- BENECH. — De l'aortite abdominale par propagation ; Ses rapports avec la gastrite et l'appendicite. Province Médicale, 19 Mai 1906.
- BARRIER ET COLOMBE. — Deux cas d'aortite abdominale avec crises gastriques symptomatiques. Sté Médicale des Hôpitaux, 31 Janvier 1913.
- MORDKOWICH. — Les crises intestinales des aortites. Thèse Paris 1912.
- MIGNAT. — La claudication intermittente gastrique, Thèse Paris 1923.
- HOLLEAU. — Aortites abdominales aiguës, Thèse Lille, 1912.
- CASTAIGNE ET GOURAUD. — L'aortite abdominale, Journal Médical Français, 15 Février 1912.
- LESIEUR. — Lyon Médical, 1905.
- MINET, LECLERCQ, HOLLEAU. — L'aortite abdominale aiguë, Echo Médical du Nord, Lille 1912.
- ROQUE ET CORNELOUP. — Deux cas d'aortite abdominale. Lyon Médical 1905, 1.300 et 3.007.
- MATHIEU ET ROUX. — L'aortite abdominale et les douleurs gastro-entérales. Archives des maladies de l'appareil digestif. Paris 1907, p. 397, 402.
- MAYET. — Traitement des aortites abdominales. Province Médicale, 1907, p. 322.

VAQUEZ ET LAUBRY. — Paris Médical 2 Novembre 1912.

VAQUEZ ET BORDET. — 1911, p. 107.

GUTMANN ET ROUTIER. — L'aortite abdominale atténuée à forme gastralgique. Presse Médicale, 7 Janvier 1925.

CH. LAUBRY. — Les symptômes fonctionnels, 1924.

LAUBRY, MOUGEOT, WALSER. — Les syndromes d'aortite postérieure, 1925.

GALLAVARDIN. — Maladies du cœur.

GRENET, LEVENT ET PELISSIER. — Syphilis viscérale tardive, Masson 1927.

VU :

Le Doyen,

ROGER.

VU :

Le Président de thèse,

CARNOT.

Vu et permis d'imprimer,

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

